

きるよう在宅スタッフとの連携を継続して行う体制が必要である。

7. 顔の見える連携づくりの形成 ー高崎地域緩和ケアネットワークの活動ー

村岡やす子,¹ 小笠原一夫,² 津久井利恵²
 神田 清子³ (高崎地域緩和ケアネットワーク
 1 日高病院 2 緩和ケア診療所 いっぱ
 3 群馬大院・保・看護学)

【はじめに】

がんの治療が困難になった時期に、その後の療養先を意思決定することが課題になることが多い。国の施策によってこれまでの病院完結型医療から地域完結型医療への転換を余儀なくされた。急性期病院は急性期に特化したサービスが期待されるようになってきた。がん医療においても切れ目のない連携が重要視されている。できるだけ在宅で過ごしたいという患者さんの希望を実現するために、病院と地域も含めたケアチームは密接に連携をとることが求められている。高崎地域では、このようなニーズに対応するため、「高崎地域緩和ケアネットワークの会」(代表世話人：小笠原一夫)を立ち上げすすめている。今回はその活動を報告する。

【活動報告】

1. 活動始動期 「高崎地域ネットワーク」は H20 年 3 月より、地域の医療関係者が「顔の見える連携」をモットーに 14 人の世話人でスタートした。初年度の活動としては隔月の世話人会を軸に、事例検討会、勉強会を行い身近な人を誘いあいながらネットワークを広げていった。連絡方法としてはメーリングリストを活用した。
2. ネットワーク拡大型 21 年は、講師を招いて講演会を行ったり、1 月おきに、ネットワーク会員の施設を開催場所として「井戸端相談会」を行いより身近なこと、困っていることを相談する会とした。各施設を開催場所とすることにより、徐々に会員も増え現在では 70 名が参加している。
3. 市民を巻き込んだ連携 H22 年の活動は井戸端相談会とともに、地域の人々に緩和ケアを普及する事業として、市民講座を行った。内容は、2 部構成とし講演と座談会という形で行い 100 名を超える人が参加した。座談会では実際自宅で家族を看取った 2 名の体験者が、体験談を語り参加者からは大きな反響があった。今後も地域緩和ケアの普及のために、定期的にこのような事業を行うことを予定している。23 年度は井戸端相談会のほか、地域緩和ケアの向上のための勉強会の開催を予定している。

【今後の課題】

地域連携パスの作成や更なる地域連携の推進、市民への緩和ケア普及などが検討課題となる。

〈ポスター〉

8. 患者から自宅退院の希望を打ち明けられたときの戸惑い ー卒後 2 年目の看護師の思いー

関真 由美,¹ 早川 信江,¹ 伊藤 京子¹
 福島 久美,¹ 藤生 あや,¹ 月田 幸枝¹
 町田 祐子,² 久保ひかり,² 春山 幸子²
 鈴木真由美,¹ 田中 俊行²

(1 前橋赤十字病院 8 号病棟
 2 かんわ支援チーム)

【はじめに】 がん患者にとって、残された人生をどこでどのように過ごすか、大切なことである。しかし、医療現場では、患者と医療者や家族との思いにズレがあるため、患者の願いがかなわず人生に幕を閉じることもある。今回「家に帰りたい」との思いを持つ終末期肺がん患者を受け持ったが、家に帰ることができず死亡退院した。この患者の看護を通して、多くの医療従事者の思いを知ることができた。また、自分自身の患者に対する気持ちに変化もみられたので報告する。

【事例紹介】 患者は A 氏、80 歳代女性で、長男の嫁、孫との 3 人暮らしであった。長女がキーパーソンであり、毎日面会にきていた。200X 年 10 月、肺がんに対し手術を施行するも、その後、胸椎転移が出現したため疼痛コントロール目的で入院となった。同時に「かんわ支援チーム」介入となった。ADL はほぼ寝たきりの状態であった。

【入院後経過】 入院後、疼痛コントロールは良好となった。「歩けるようになって家に帰りたい。毎日していた旦那の仏壇の花を取り替えたい」との発言が聴かれるようになった。下肢麻痺のリスクを抱えながらも「歩いて帰る」希望を尊重し、その願いを少しでもかなえられるようリハビリを開始した。しかし、長女は、「こんな状態でどうやって帰るの？帰れないでしょう」との発言があった。患者と家族(長女)との思いにズレがあるため、A 氏に「帰れるよ」と言えない自分にジレンマを感じ、一人で考える日々が続いた。主治医を交えたカンファレンスを通して、他の医療者も同じように悩んでいたこと、患者や家族への支援方法など、想像以上の活発な討論に私自身驚いた。その後、患者と長女と三人で一緒に相談する時間を多く持つように心がけた。最終的には、「本人から、また家に帰りたいと言ってきたときには、家に帰したい」と、長女の発言に変化が見られた。しかし、病状の悪化に伴い患者の希望をかなえることなく死亡退院した。

死亡後、病棟でそれぞれの思いを共有するためデスカンファレンスを開いた。

【考 察】 患者の希望通り家に帰れるのだろうか、この病態では帰れないのではないかと、帰ることを勧めていいのか、といった思いで一人悩む日々が続いていた。病棟カンファレンスで、その人らしい最期を迎えるにはどのように援助していけばいいのか主治医をはじめスタッフ全員が考えており、自分ひとりで苦しんでいるわけではないことを知った。卒後2年目の看護師であるが、この事例を契機に、積極的にカンファレンスを開くなど共に考えていく姿勢を持つようになった。

9. 最期を迎える患者と息子への看護介入での心残りの解消 ―デスカンファレンスの効果―

吉山 花栄, 竹澤 雅子

(伊勢崎市民病院 外科病棟)

【はじめに】 私達は、患者の死後、自分の看護が本当に良かったのかと悩むことがある。私の所属する病棟では、年間6例のデスカンファレンスを目標としている。

今回、最期を迎える患者と息子への看護介入において心残りがあり自分の看護を否定的に捉えていたが、デスカンファレンスを行うことで肯定的に捉えることができ、次の看護に繋げられる意欲を持つことができた。

【事例紹介】 50代 女性 息子二人。乳癌に伴う呼吸困難があり入院する。夫は他界しており、障害者施設でサービスを受けている長男と二人暮らし。次男とは1年以上音信不通であった。キーパーソンが不在である為当病棟のMSWと民生委員とが連携を取り、入院20日目に次男の連絡先が明らかとなり、一度面会ができた。次男が患者に声をかけると「来てくれたん」と笑顔が見られた。病状説明を主治医から次男に実施でき、死亡時は次男が対応することになった。

【患者と息子への看護介入での心残り】 次男は一度面会したのみで患者に生前会うことはなく、最期の時間を過ごせる関わりができなかったことに後悔が残った。

【デスカンファレンスの効果】 デスカンファレンスは、主治医、看護長、看護師12名、臨床心理士が参加した。参加者から「音信不通の次男と連絡が取れ、患者が次男を認識できるうちに一度会えたことが一番良かったのではないか」「死亡前に病状説明を受けられたことも良かった」「次男は病状を知った上で会わない選択をした。家族の選択だから仕方ないと思う」等の意見があった。これらの意見を聞き、私自身が、次男と音信不通のまま患者が死を迎えた可能性を考えると、面会する機会を一度でも作ることができ、病状説明も受けられたことが意味のあることだと思えた。又、次男が看取りの場に居なかった事に対し患者と家族間の両者の関係が深く影響してい

ると思え、気持ちが楽になった。両者の思いを十分に把握した上での看護介入が必要であると再確認し今後に活かしていきたい。

10. 終末期患者・家族の意思決定を支える リビング・ウィルを提示した患者・家族との関わりー

菅原恵里子,^{1,2} 古池きよみ,^{1,2} 江原 忍¹

(1 公立藤岡総合病院 東5階病棟

2 緩和ケアチーム)

【はじめに】 疾患の進行による難治性の呼吸困難を来した患者に対し、患者・家族の意思としての事前指示(内容指示:リビング・ウィル)に基づいて鎮静を開始した。この事例を基に、終末期における患者・家族の意思決定を支える援助について倫理的側面とともに考察したので、ここに報告する。

【事例紹介】 A氏 60歳代 男性 特発性肺線維症。呼吸不全にて入院。酸素投与・ステロイドパルス療法等々行ったが改善乏しく、徐々に病状は悪化した。オピオイド使用開始したが呼吸苦軽減せず、“呼吸困難を来したした場合、深く眠らせて欲しい”という事前指示に基づき鎮静を開始。数日後患者は他界した。家族は“全て患者の思う通りにできた。悔いは無い”と話した。

【経過】 患者は“自分はもう長くない。今回の入院でもう家に帰れないことはわかっている”と話し、死を覚悟し様々な準備をされていた。その一つとして“鎮静に関する事前指示書”が提示された。患者がこのように考え、行動する背景には病状認識からだけでなく、患者自身の死生観が強く影響していることが会話から聞き取れた。死を覚悟しているとは言っても、死に直面するという辛い現実とスピリチュアルペインを抱えながら、最期まで自身の主体性を持ち、人としての尊厳を保とうとするその姿に家族及び看護師は時に戸惑い、対応に難渋する場面もあった。しかし、医師をはじめとする医療者との信頼関係の基でインフォームドコンセントが行われ、それにより統一された意思が明確となった結果、患者本人の意思を尊重することができた。このようにして鎮静という倫理的諸問題を多く含むテーマにおいて患者と家族を尊重することの意味をこの事例を通して深く学ぶことが出来た。

【考 察】 倫理的な意思決定に必要なプロセスとは、その人を一患者としてみるのではなく、一個人として関わりを持ち、パートナーシップをもって共に歩むことである。最期まで患者の意思を支えることが、その人の自律尊重において最も重要であり、同時に家族ケアも成立すると考える。